



C17 : Ganglion sentinelle après chimiothérapie néoadjuvante chez les patientes présentant un cancer du sein avec atteinte ganglionnaire initiale : rationnel scientifique et prise en charge aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

Titre

- Français :** Ganglion sentinelle après chimiothérapie néoadjuvante chez les patientes présentant un cancer du sein avec atteinte ganglionnaire initiale : rationnel scientifique et prise en charge aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
- Anglais :** Omission of axillary lymph node dissection after neoadjuvant chemotherapy for node-positive breast cancer : scientific rational and real life feasibility at Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

Auteurs

T Lam (1), E Perbet (1), D Munteanu (2)

(1) sénologie , Hôpitaux universitaires de Genève , Rue Gabrielle Perret Gentil, 1205, Genève , Suisse

(2) Sénologie, Hôpital Universitaire de Genève, Rue Gabrielle Perret Gentil, 1205, Genève, Suisse

Responsable de la présentation

Nom : Perbet

Prénom : Emilie

Adresse professionnelle : Hôpitaux universitaires de Genève

Code postal : 1205

Ville : Genève

Pays : Suisse

Newsletter : 1

Mots clés

Français : Ganglion sentinelle, chimiothérapie néoadjuvante, métastase ganglionnaire

Anglais : Lymph node biopsy, neoadjuvant chemotherapy, lymph node métastasis

Spécialité

Principale : Gynécologie

Secondaire : Chirurgie

Texte

Contexte

La technique du ganglion sentinelle (GS) est devenu le gold standard dans la prise en charge du creux axillaire chez les patientes atteintes de cancer du sein. Cependant, le GS après chimiothérapie néoadjuvante (CN) chez les patientes avec atteinte ganglionnaire initiale (cN+) est très débattu en raison des taux de faux négatif (FN) à 25% . Ce taux peut être réduit à moins de 10% en utilisant 2 méthodes de détection et en enlevant plus de 3 ganglion sentinelles. Il peut encore être réduit à 1,4% si le ganglion initialement atteint est enlevé lors de la chirurgie (1). Aux HUG les patientes présentant un cancer du sein avec une atteinte d'1-3 ganglions (cN1) bénéficient de la désescalade chirurgicale axillaire selon les recommandations de St Gall 2017 (1)

Objectifs

Décrire notre expérience du GS après CN chez les patientes cN1 initialement.

Méthodes

Nous présentons une analyse rétrospective et descriptive d'une cohorte de patientes cN1 qui ont bénéficié d'un GS après CN avec réponse radiologique complète (RRC) entre 2018 et 2020 aux HUG.

Toutes les patientes ont eu la confirmation de l'atteinte axillaire par une biopsie avec pose de clip ainsi qu'un bilan d'extension par TEP scanner afin d'exclure des métastases à distance. Une IRM était effectuée en fin de CN afin de confirmer la RRC. En préopératoire, le ganglion clippé était repéré sous échographie. En peropératoire, la méthode isotopique associée à la méthode colorimétrique par bleu patenté étaient utilisées pour détecter le GS. Le prélèvement d'au moins trois GS ainsi que le ganglion clippé étaient nécessaires. Une extemporanée des ganglions retirés était effectuée avec réalisation d'un curage axillaire en cas de persistance de métastase.

Résultats

14 patientes cN1 ont bénéficié du GS après CN avec réponse RRC. On dénombre une lésions cT0 (7,2%), 5 lésions cT1 (35,7%), 5 lésions cT2 (35,7%) et 3 lésions cT3 (21,4%).

3 sous types histologiques ont été retrouvées: 3 lésions triple négatives (21,4%), 9 lésions RH- Her2 amplifié (64,3%) et 2 lésions RH+ Her2 non

amplifié (14,3%).

Entre 3 et 8 ganglions ont été retirés avec une moyenne de 4 ganglions.

Le ganglion clippé a été retrouvé dans les 100% des cas et pour 13 patientes le ganglion clippé était également sentinelle (92,8%). Dans un cas l'examen extemporané des ganglions retrouvait une atteinte ganglionnaire mais la patiente avait refusé le curage axillaire.

Discussion.

Bien que notre cohorte soit très limitée, nos résultats démontrent que la technique du GS après CN chez les patientes cN+ initiale est faisable avec un taux de 100% de GS retrouvé. L'ablation du ganglion clippé était également effectué dans 100% des cas et concordait dans 92,8% des cas au GS. Ces chiffres sont en adéquation avec la littérature, malgré notre petite population.

Conclusion

L'utilisation de la technique du GS après CN pour les patientes avec atteinte ganglionnaire initiale est réalisable en respectant des critères rigoureux lors de la sélection des patientes ainsi que lors de la chirurgie afin que le taux de FN soit inférieur à 5%.

Cependant il faudra attendre les résultats des études prospectives en cours pour implémenter la technique.

Bibliographie

(1) De-escalating and escalating treatments for early-stage Breast cancer: the St Gallen International Expert Consensus Conference on the Primary Therapy of Early Breast Cancer (2017)